

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Avril 1896, à 1 heure

PAR

EUGÈNE FÉLIX

Né à Bucharest (Roumanie, le 15 mai 1874.

LE MYXŒDÈME

ASSOCIÉ A LA

MALADIE DE BASEDOW

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : { M. LABOULBÈNE, professeur.
 { MM. MARIE et CHASSEVANT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Avril 1896, à 1 heure

PAR

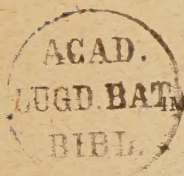
EUGÈNE FÉLIX

Né à Bucharest (Roumanie, le 15 mai 1874.

LE MYXŒDÈME

ASSOCIÉ A LA

MALADIE DE BASEDOW

*Président : M. BROUARDEL, professeur.**Juges : { M. LABOULBÈNE, professeur.
 { MM. MARIE et CHASSEVANT, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....}	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....}	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTNER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CHAPITRE PREMIER

Nous ne nous proposons de traiter dans cet ouvrage ni le goître exophtalmique, ni le myxœdème. Mais il existe pourtant des relations entre ces deux affections qui ont été signalées il y a un demi siècle.

Un des premiers auteurs est Helfft (1) qui, dans la *Wochenschrift* de Casper de 1849, attire l'attention sur les relations de la maladie de Basedow avec le Myxœdème.

En 1851, C. A. Egeberg (2) était frappé par la même ressemblance.

Bouillaud (3) termine par ces mots une discussion sur le goître exophtalmique (Académie impériale de médecine, 12 août 1862) : Il y a au contraire dans les phénomènes généraux, qui accompagnent ces deux affections, quelque chose de commun avec beaucoup d'autres affections connues, et qui peuvent les rapprocher jusqu'à un certain point du crétinisme.

(1) Dam Hirschberg; Ueber die Basedow'sche Krankheit. Wiener Klinik 1895. p. 15.

(2) Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Struma, Exophtalmus u Herzkrankheit; Norsk Magazin, Anders Raekke Bd. 4. Analysé in. Schmidt's Jahrbücher 1851. T. 69, p. 85.

(3) Gazette des Hôpitaux, 14 août 1862, p. 380.

Virchow (1) dans la séance du 2 février 1887, de la Société médicale de Berlin, trouve qu'il existe une sorte de séparation entre la maladie de Basedow et tout ce qui est en relation avec le Myxœdème. Pour la cachexie exophtalmique, il est nécessaire, l'existence de la glande, ordinairement agrandie, souvent hyperplasiée ; tandis que pour ce qui nous occupe actuellement, il paraît que l'essentiel est la perte ou au moins l'atrophie de la glande.

Byrom Bramwell (2) attire l'attention sur le contraste qui existe entre les deux maladies.

Trois ans plus tard, Canter (3) fait ressortir la dissemblance entre le myxœdème et la maladie de Basedow.

Tandis que les auteurs récents que je viens de citer séparent les deux affections, il y en a d'autres qui les rapprochent.

Grienfield (4). Mœbius (5) trace un tableau en quelques traits : si on compare la maladie de Basedow au myxœdème, on trouve certains points communs.

(1) R. Virchow ; Ueber Myxœdema. - Berliner Klinische Wochenschrift 1887, n° 8. p. 126.

(2) Byrom Bramwell. The symptoms of Myxœdema and Exophtalmic goitre contrasted. Transactions of the medico-surgical Society of Edinburgh. 1891. T. X. p. 126.

(3) Canter. Myxœdème et goitre exophtalmique. Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. Janvier 1894.

(4) Grienfield. British medical Journal 1883.

(5) Mœbius. Schmidt's Jahrbücher 1886. n° 210, p. 237.

— Ueber das Wesen der Basedow'schen Krankheit. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1887. n° 8, p. 228.

AVANT-PROPOS

Ceux qui nous feront l'honneur de lire cette thèse, il n'y en aura pas beaucoup, seront étonnés, peut-être, de ne pas trouver les premières pages remplies de dédicaces d'usage.

Non seulement l'habitude d'exprimer en quelques vains mots griffonnés sur un bout de papier la gratitude que nous devons avoir envers des personnes qui nous sont chères, nous paraît bizarre ; mais encore nous aurions certainement oublié à mentionner bien des personnes ; car, hélas, la mémoire fait souvent défaut quand il s'agit de reconnaissance.

Malgré que nous avons tâché d'être le plus consciencieux possible dans les recherches bibliographiques nous nous rendons parfaitement compte, que bien des choses ont été omises. Car certains ouvrages qui auraient présenté quelque intérêt pour cette thèse, déjà réduite à sa plus simple expression, brillent par leur absence à la bibliothèque de la Faculté.

Nous croyons de notre devoir de prier M. le Dr J. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, qui a bien voulu nous conseiller de traiter ce sujet, de

vouloir bien accepter l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons nos témoignages de profonde gratitude à M. le Doyen Brouardel, pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

Avant de terminer cet avant propos, nous prions MM. les professeurs appelés à donner leur avis sur cette thèse, de ne pas la juger trop sévèrement, ce modeste travail, en somme, n'est qu'une thèse.



Les deux maladies sont chroniques, sans fièvre, conduisent à la cachexie, se terminent ordinairement par la mort, ce sont surtout les femmes, à l'époque moyenne de la vie, qui en sont atteintes. Dans les deux affections, la glande thyroïde est malade, l'activité du cœur est changée, les fonctions psychiques souffrent, des troubles à la peau se montrent.

Le même rapprochement est fait par Johnston (1) Eulenburg (2).

On a observé que dans la même famille, il peut exister le myxoedème et le goître exophtalmique sur des sujets différents.

Hadden (3) a vu deux sœurs dont l'une était atteinte de myxoedème et l'autre de goître exophtalmique.

(1) Johnston. Clinical remarks on Exophtalmic goitre. — Lancet, 1893, n° XIX, p. 1122.

(2) Eulenburg. Basedow'sche Krankheit u. Schilddrüse. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1894, p. 770.

(3) Clinicat society of London, 13 février 85, in : British medical journal. 1885. T. I. p. 381.



CHAPITRE II

Plusieurs auteurs anglais ont rapporté des cas, dans lesquels le goître exophtalmique, après guérison, a été suivi de myxœdème (Maude, Bowels, Ord, dans une discussion à la société médicale de Londres) (1).

Pendant ces derniers temps, plusieurs observations du même genre ont été publiées par Baldwin (2), Campbell Gowan (3), Hugh Smith (4). Williams a observé aussi un cas chez une femme, où, après disparition du goître exophtalmique, survint du myxœdème (5).

On les explique par la transformation scléreuse de la glande (6).

(1) Medical society London, 16 oct. 1893. Discussion entre MM. Maud, Bowels, Ord. résumée in : *British medical Journal*. 1893. 21 octobre, p. 892.

(2) Baldwin (W.) Graves disease succeeded by thyroid atrophy. *Lancet* 1895, 19 janvier, p. 145.

(3) Campbell Gowan. Myxœdema and its relations to Graves' disease. — *Lancet* 1895, 23 février p. 478.

(4) Hugh. Smith. Enlarged thyroid : Disappearance of gland followed by Myxœdema. *British medical journal* 1896, 4 janvier, p. 14.

(5) Nottingham medico-chirurgical society 1893, résumé in : *British medical Journal* 1893. p. 799.

(6) Gilbert Ballet et Edouard Enriquez. — Des effets de l'hyperthyroïdation expérimentale. *Médecine moderne*, 1895, n° 104. anal. in : *Revue Neurologique*, 1896, 15 février, p. 76.

Mais les cas où ces deux affections soit associées sont beaucoup plus rares.

La première observation, à notre connaissance, est celle de M. Henri Hartmann (1).

En 1889, M. le Professeur Kovaleski, de l'université de Kharcoff, publie une autre observation (2). Le myxœdème ne survint qu'après la constatation des principaux signes de la maladie de Basedow.

Deux ans plus tard, M. Sollier (3) rapporte l'histoire de deux malades.

M. Osler (4) observe un homme atteint de ces deux maladies associées. C'est le seul cas que nous avons trouvé publié, survenant chez un homme.

Le 2 décembre 1892, M. le professeur von Jaksch fit une communication à la Société des médecins allemands de Prague (5). Il s'agit d'une femme atteinte en même temps de goître exophtalmique et de myxoedème.

Dans le « Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin » de 1876, on trouve le résumé d'une observation de H. Vogt (6),

(1) Henri Hartmann. — Observation de myxœdème. France médicale 1884. T. I. n° 71, p. 867, n° 72, p. 881.

(2) Kovaleski. — Myxœdème ou cachexie pachydermique. — Archives de neurologie 1889, T. XVIII, n° 54, p. 426.

(3) Sollier. Maladie de Basedow avec Myxœdème. Revue de médecine, 1891, p. 1000.

(4) Osler. — An acute myxedematous condition occurring in goitre. Johns Hopkins Hospital Bulletin, Baltimore, 1892, p. 42.

(5) Von Jaksch. Prager medicinische Wochenschrift. Gesellschaft deutscher Aerzte aus Prag. — 1892, n° 49, p. 602.

(6) H. Vogt. Tilfælde af Morbus Basedowii hos en 30 arig. Iomfru. Norsk Magazin for Lægendenskab. R. 3, Bd. 5, p. 563.

malgré qu'il n'y a pas de détail là-dessus, nous avons crû bien faire en l'associant aux autres observations.

M. Babinski (1) a communiqué l'histoire succinctement résumée de deux femmes chez lesquelles il a constaté, outre les symptômes incontestables de la maladie de Basedow (tachycardie, exophtalmie, augmentation de volume du corps thyroïd, tremblement), un état myxœdémateux des plus nets des membres inférieurs.

Ce sont toutes les observations que nous avons pu recueillir et peut-être toutes qui ont été publiées jusqu'à l'heure qu'il est.

(1) Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, 95. La Semaine médicale, août 1895.



CHAPITRE III

Pathogénie. — Bien des théories ont été émises pour expliquer la pathogénie du goître exophtalmique et du myxœdème, nous ne citerons que celles qui ont été émises ces dernières années.

M. Dourdoufi (1), prosecteur à l'université de Moscou, basé sur des expériences faites sur des jeunes chiens de 2-4 mois, émet l'hypothèse que la maladie de Basedow peut être attribuée à l'auto-intoxication par une substance dont les effets physiologiques présenteraient beaucoup d'analogies avec ceux de la cocaïne, tandis qu'au contraire, certains phénomènes du tableau clinique du myxœdème seraient dûs à l'absence d'une substance cocaïniforme.

M. Edmunds (2), par des expériences sur des singes, est arrivé à la conclusion, que la maladie de Basedow est produite par une substance, qui du point de vue des symptômes oculaires est analogue à la cocaïne.

(1) Dourdoufi. — Contribution à la pathogénie du myxœdème et de la maladie de Basedow ; Médecine moderne, 1894, p. 307.

(2) Walter Edmunds. — Observations and experiments on the pathology of Graves' disease; Transactions of the pathological society of London. 1895, t. XLVI, p. 224.

Pour M. Pierre Marie (1), la pathogénie du goître exophtalmique consiste en un trouble du système nerveux, sous l'influence duquel il se produirait une « hyperthyroïdation », résultat du fonctionnement exagéré de la glande thyroïde.

M. Notkine (3) a pu isoler du corps thyroïde de différents animaux une substance albuminoïde, la thyroprotéide ; c'est le principe toxique qui produit le myxœdème, en s'accumulant dans le sang. Le corps thyroïde aurait pour fonction d'extraire de l'organisme un produit toxique, de l'emmagasiner et de le neutraliser avant de le déverser dans la circulation. Le véritable produit de sécrétion du corps thyroïde serait un ferment spécial (enzyme), qui remplirait le rôle d'agent neutralisant vis-à-vis de la thyroprotéide, dans la glande elle-même. Le produit de ce processus est la thyroïdine. Chez les Basedowiens, la quantité de thyroprotéide est transformée trop vite en thyroïdine, il ne reste plus de thyroprotéide en circulation et l'organisme est saturé de thyroïdine : il y a hyperthyroïdation ; dans le myxœdème, les phénomènes inverses ont lieu il y a hypothyroïdation et intoxication lente par la thyroprotéide.

(1) Pierre Marie. Sur la nature de la maladie de Basedow. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1894, T. XI, p. 132.

(2) J. Babinski. Séance du 2 août 95, du Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, résumé : Archives de neurologie, 1895, t. XXX, p. 242.

(3) Brissaud. Corps thyroïde et maladie de Basedow. Archives cliniques de Bordeaux, juillet 1895.

M. Brissaud (1) admet que chez des malades où les deux affections existent en même temps, les symptômes du myxœdème seraient le résultat de l'intoxication par la thyroprotéide, ceux du syndrome de Basedow proviendraient de l'hyperthyroïdation.

Aucune de ses théories n'explique comment les deux affections : myxœdème et goître exophtalmique pourraient exister simultanément et M. Babinski (1) observe avec juste raison, qu'il est difficile à comprendre qu'un même produit puisse être à la fois en excès et en défaut. Il s'agit peut-être d'une modification en même temps qualitative et quantitative de la sécrétion thyroïdienne.

Etiologie. — Comme dans toutes les maladies nerveuses, l'hérédité joue aussi, dans l'association du myxœdème et de la maladie de Basedow, un grand rôle. Les malades atteints de goître compliqué de myxœdème (d'après nos observations) descendent de la grande famille des neuro-arthritiques.

L'hérédité a été signalée aussi par Ord. (2)

Maude (3) rapporte un cas dans lequel une femme originaire d'une famille de névropathes présente les signes de myxœdème, chez l'un de ses deux enfants

(1) Brissaud, Archives cliniques de Bordeaux 1895, Loc. cit.

(2) Ord. Report of the myxœdema committee. Transactions of the clinical society of London, 1888, T. XX Sup. p. 180.

(3) Maude. Some rare clinical points in Graves' disease. St-Bartholomew's hospital Report 1893, résumé in : Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medicin 1894, t. II p. 65.

atteints de goître, il se développe une maladie de Basedow.

James Putnam (1) parle d'une femme, âgée de 55 ans, chez laquelle en même temps que du myxœdème, il existe de la tachycardie ; la cousine et une tante de la malade ont du myxœdème.

Oppenheimer (2) a vu deux sœurs dont l'une était atteinte de goître axophtalmique, l'autre de myxœdème.

Sexe, âge. — Ce sont surtout les femmes qui sont atteintes de goître axophtalmique et de myxœdème. Dans les cas que nous publions à la fin de la thèse, on voit un seul homme contre sept femmes. L'âge des malades est l'époque moyenne de la vie.

D'après Bramwell (3) ce sont aussi les femmes qui sont plus souvent atteintes.

Diagnostic. — Le diagnostic du myxœdème ne présente pas de difficulté dans les cas typiques. Le tableau clinique est si frappant qu'il est impossible de ne pas reconnaître le myxœdème du moment qu'on en a vu un cas. Au début et dans les cas imparfaitement développés, on peut se heurter à des difficultés de diagnostic. Chez les jeunes personnes la rougeur des pommettes, qui est un signe si important de diagnostic, peut faire totalement défaut. La bouffissure

(1) James Putnam. Transactions of the association of American Physicians. 1893, T. VIII. p. 337.

(2) Oppenheimer. Myxœdema and axophtalmic goitre in sisters. Johns Hopkins hospital Bulletin. 1895, fév. p. 33.

(3) Byrom Bramwell. The clinical features of Myxœdema, — Edinburgh. medical journal, 1893, T. 38, p. 995.

de la face, la lenteur de la parole et des mouvements, étant moins frappants au début, peuvent passer inaperçues.

La susceptibilité au froid, la température au-dessous de la normale, sécheresse de la peau, absence de transpiration, bouffissure de la face, surtout de la lèvre inférieure, une sensation de lassitude, répugnance de l'exercice du corps et de l'esprit tel sont les principaux traits d'importance diagnostique (Byrom Bramwell). (1)

La maladie de Basedow peut se compliquer d'œdèmes, que M. Pierre Millard (2) rapporte à trois origines : discrasique, nerveux, cardiaque. Il faut savoir différencier le myxoedème de ces œdèmes. Malgré que Erb (3) a rencontré de l'albumine dans le cours du myxoedème, il n'a pas rapporté l'œdème ni à une cause cardiaque, ni rénale, parcequ'il n'existaient pas de signes ni d'affections cardiaque ni d'affections rénale. Par conséquent il faudra rechercher tous ces signes en cas de doute.

Une autre complication du goître exophtalmique peut être confondue avec le myxoedème au début; nous voulons parler de la sclérodermie. Des cas de ce genre ont été rapportés par Jeanselme (4), cette complication

(1) Byrom Bramwell, Ibid.

(2) Pierre Millard. Des œdèmes dans la maladie de Basedow, Thèse de Paris, décembre 1888, p. 10.

(3) Erb. Ueber Myxoedema, Berlin. Klinische Wochenschrift, 17 janvier 1887, p. 34.

(4) Jeanselme. — Coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie, Assoc. franç. pour l'avancement des sciences. Semaine médicale 1894 n° 45 p. 357.

a été observée aussi par Kahler (1), Singer (2).

Pronostic et Traitement. — Le pronostic du myxoedème comme complication du goître exophtalmique est moins grave que le myxoedème pur, il guérit par l'électricité en même temps que la maladie de Basedow (Sollier). (3) M. Sollier dans deux cas emploie la faradisation et la galvanisation du cou et de la région précordiale, plus tard associe à ce traitement l'hydrothérapie, il a obtenu de bons résultats. De même que M. Kowaleski dans son cas.

De bons résultats ont été obtenus aussi par M. Osler(4) avec l'extrait fluide d'ergot, par M. Williams(5) avec le fer et l'arsenic. Dans tous ces cas les malades ont parfaitement guéri.

(1) Kahler. — Myxerdema und Sclerodermie. Prager medicinische Wochenschrift, 1888, nos 30, 32.

(2) Singer G. — Zur pathologie der Sklerodermie. Berliner klinisch Wochenschrift, Mars 1895, p. 225.

(3) Sollier. — Revue de médecine 1891, loc. cit.

(4) Osler. — Johns hopkins hospital. Bulletin 1892, loc cit.

(5) Williams. — British medical journal 1893, loc. cit.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(H. Hartmann. *France médicale* 1884.)

Il s'agit d'une femme née à Paris, y a toujours habité, sans avoir été jamais exposée d'une façon spéciale à l'humidité, sans avoir jamais habité de rez-de-chaussée. Elle n'a pas fait d'autre maladie grave qu'une varicelle dans l'enfance. Les règles apparues à 16 ans, sans accidents, se sont supprimées à 18, pendant neuf mois, sans cause connue ; quelque temps après elle fut prise d'un érysipèle de la face qui paraît avoir été grave et a nécessité deux mois d'alitement.

Elle mit environ dix-huit mois à se remettre complètement ; pendant cette longue convalescence la face desquame lentement et à plusieurs reprises, les cheveux tombèrent. A cette époque il y eut une nouvelle suppression des règles, pendant vingt-deux mois, et ce n'est qu'à partir de 21 ans que la menstruation fut régulière. Un an environ après son érysipèle, la malade, qui jusque là avait été maigre, engraisse rapidement, le ventre se développa jusqu'à faire croire aux personnes qui l'entouraient qu'elle

était enceinte ; les pieds, les mains, les jambes enflèrent, sans rougeur ni douleur, le tout dans l'espace d'une quinzaine de jours, et à tel point que tous ses vêtements étaient devenus trop étroits. La malade fut plus grosse à cette époque qu'elle ne l'est actuellement, les jambes enflées, dures, désenflaient un peu le soir. En même temps l'appétit était notablement augmenté, aussi tous ces phénomènes étaient-ils mis sur le compte de la convalescence de son érysipèle. Depuis cette époque, elle est toujours restée grosse, quoiqu'elle le soit un peu moins en été qu'en hiver.

A 23 ans, les yeux, au dire de la malade et de sa mère, deviennent très saillants, en même temps que le cou augmente de volume, fut plus gros qu'il ne l'est actuellement, et la malade eut, chose nouvelle, des crises nerveuses avec cris, contorsions, perte de connaissance. En même temps, le caractère changea, la malade devint facilement irritable ; à cette époque, dit-elle, elle pleurait pour un rien. Le médecin, qu'elle alla consulter à deux reprises, la traite pour un goître exophtalmique. Au bout de quelque temps, l'exophtalmie et le volume du cou diminuèrent, mais à la même époque elle fut prise d'une grave faiblesse qui a persisté depuis. Peu de changements se sont produits à dater de ce moment jusqu'à l'époque actuelle où la malade a atteint l'âge de 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort il y a cinq ans, âgé de 62 ans, il s'est éteint très amaigri, après un an d'une maladie que nous ne pouvons connaître. La mère est actuellement vivante, âgée de 66 ans. Elle porte une cataracte à droite, a un aspect misérable, des ulcérations trophiques au niveau des orteils, une caverne au sommet droit.

Notre malade est la 3^e née de 5 enfants ; le premier est mort âgé de 2 mois, le 2^e est une fille, actuellement bien portante et mère de deux enfants, le 4^e est mort âgé de 4 ans, le 5^e mort à 15 jours avec du muguet.

Elat actuel. — Taille 1^m50. Poids le 6 mars 1884 : 56 kilogr.

Attitude. — La malade marche avec une certaine lenteur, elle ne peut courir à cause du développement du ventre qui la gêne et du peu de force qu'elle possède. La tête retombe en avant, comme si les muscles de la nuque ne pouvaient en supporter le poids ; tout le dos est un peu voûté ; à la région lombaire on trouve une ensellure considérable d'où une saillie du ventre déjà développé d'une façon anormale. Il semble, à la voir, que la malade soit enceinte de 4 à 5 mois.

Facies. — La face a un aspect tout spécial, caractéristique pour ceux qui ont déjà observé des cas de myxœdème. Il semble qu'elle soit couverte d'un masque, qu'elle soit de cire. Tous les traits sont immobiles, ce qui donne l'air hébété à la malade. Le fond général du teint est pâle, un peu jaunâtre ; sur cette pâleur générale se détachent des pommets d'un rose assez vif. Cette rougeur présente de grandes variations d'intensité : à la moindre émotion ou lorsqu'on fait causer pendant quelque temps la malade, elle augmente, et cela presque subitement, d'une façon considérable. Les joues sont bouffies, les paupières paraissent œdématisées. Elles offrent cependant surtout, au niveau de leur bord libre, une certaine résistance au doigt. Lorsqu'on plisse la joue on constate qu'elle est très épaissie et que la consistance reste considérable, Le front qui est tuméfié, comme œdématisé, présente quelques rides transversales. Il est impossible de déprimer les

téguments et d'y produire la cupule caractéristique de l'œdème. Les lèvres sont augmentées de volume surtout l'inférieure qui retombe un peu en dehors. Toute la face est le siège d'une légère desquamation furfuracée, et l'on y trouve irrégulièrement disséminées, des traces pigmentaires qui augmentent, paraît-il, avec les années. La physionomie manque d'expression et la fixité des traits est surtout apparente quand on fait sourire la malade.

Les cheveux sont rares, rudes, secs, un peu tordus. Dans leur intervalle on trouve des squames jaunâtres, se détachant par lamelles assez larges et laissant une surface nette et blanche.

Le cou est développé un peu moins à droite qu'à gauche, où l'on trouve une cicatrice déprimée, un peu irrégulière, reste d'un abcès à marche subaiguë, pour lequel la malade était venue il y a un an consulter à l'hôpital Bichat, M. Terrier, dont nous avons alors l'honneur d'être interne. La peau de la nuque et de la région sus-hyoïdienne forme des plis transversaux; la dépression sus et sous-claviculaires sont effacées; au-dessus des clavicules, on détermine même par une pression légère un tremblement analogue à celui que donne le pseudo-lipome sus-claviculaire. Au milieu de l'infiltration générale on distingue à la partie supérieure du cou, de nombreux ganglions, mais on ne peut déterminer l'état du corps thyroïde.

Etat du tégument. — Tout le tégument offre une sécheresse spéciale qui frappe lorsqu'on passe la main sur les avant-bras. La peau a une apparence un peu ichtyosique, il existe une sorte de saurodermie. A la face interne des genoux, on trouve des vergetures à grand diamètre transversal. Au niveau du ventre, il y a une coloration un peu bistre avec un aspect aréolaire. Ces parties sont le

siège d'une desquamation légère, partielle ; dans le dos, la desquamation est plus étendue, presque scarlatiniforme.

Etat des sens. — Ouïe bonne, à l'ophtalmoscope double cataracte au début, pas de zone anesthésique ni à la douleur, ni à la température.

Etat de la motricité. — Force musculaire diminuée.

Réflexe rotulien manque, mémoire affaiblie, agoraphobie, somnolence, parole lente, embarrassée.

Remarque.— Nous ne pouvons affirmer si dans cette observation il s'agit de goître exophtalmique. C'est sur des renseignements que donne la malade (les yeux deviennent saillants, le cou augmente de volume) que l'on pose le diagnostic rétrospectif de goître exophtalmique.

Au moment où elle entre à l'hôpital, on constate les signes du myxœdème, mais on ne peut déterminer l'état du corps thyroïde et il n'est pas dit si des symptômes de Maladie de Basedow persistent.

Il peut donc bien s'agir de myxœdème consécutif à la maladie de Basedow.

Faute de documents, nous avons publié cette observation, mais sous une certaine réserve.

OBSERVATION II

(Kowaleski. — *Archives de neurologie* 89).

C'était une femme de 46 ans. Grand-père paternel était ivrogne et finit dans un asile d'aliénés, le frère de la malade se suicida à 25 ans en état de mélancolie. Pas de

Félix

renseignements sur les parents du côté maternel de la malade ; sa mère était épileptique. Notre malade était fille unique du premier mariage de sa mère.

Dans son enfance, la malade était une fillette robuste et bien portante, quoique sa mère raconte que jusqu'à l'âge de 13 ans sa fille se réveillait souvent en sursaut, criait et causait en rêve et même il n'était pas rare que, s'habillant à la hâte, elle tâchait de s'enfuir tout en dormant. Certainement que la malade ne se souvient de rien de tout cela.

A l'âge de dix-huit ans, notre malade se marie, mais très malheureusement. Son mari buvait et la maltraitait souvent.

A cette époque, elle commença à avoir des attaques d'épilepsie (petit mal). Les attaques étaient rares, deux ou trois fois par an, et n'avaient pas de suites particulièrement fâcheuses. A vingt-quatre ans, une attaque de petit mal fut suivie d'actes automatiques. Elle vaquait à ses affaires, faisait des emplettes et ne s'en souvenait absolument pas. Ces moments d'absence duraient de trente à quarante minutes, rarement de une à deux heures. Les attaques de ce genre arrivaient une ou deux fois par an. Après ses trente-deux ans, on remarque que ces attaques d'automatisme psychique devinrent de plus longue durée, de huit à dix-huit heures, outre cela, la malade devint durant les attaques, irritable, querelleuse et furieuse ; elle avait des hallucinations et éprouvait des accès terribles d'angoisse et d'anxiété. L'accès de fureur une fois passé, la malade ne gardait aucun souvenir de ce qui s'était passé. Ces attaques étaient toujours précédées d'une période d'irritabilité qui durait de deux à trois jours. C'est le cours que la malade suivit jusqu'à quarante ans. Les

chocs moraux et les malheurs ne manquèrent pas à notre malade. Elle quitte son mari, tombe dans la misère et dut subvenir elle-même à son existence. A cette époque, elle eut de violentes palpitations de cœur ; ces palpitations étaient périodiques au commencement, ensuite ils apparurent de plus en plus souvent et devinrent de plus en plus violentes et continuelles. Enfin ces palpitations ne discontinuèrent plus, elles duraient jour et nuit, autant lorsque la malade était au repos que lorsqu'elle se mouvait. A cela s'ajoute après deux ans, de l'exophtalmie ; une demi-année plus tard, une struma.

Durant cette période, l'état de la malade était soumis à des changements ; tantôt il s'améliorait, tantôt il empirait. Mais la nouvelle maladie n'arrête pas les attaques de fureur épileptique. Ces attaques apparaissaient de la même manière et aussi violemment qu'auparavant, de deux à trois fois par an ; j'en observai quelques-unes auparavant et je remarquai que devant l'attaque de fureur les phénomènes de la maladie de Basedow s'accroissaient plus et qu'ils faiblissaient, au contraire, lorsque l'attaque d'épilepsie psychique passait. Un jour, que j'examinais la malade, en paroxysme de fureur, je fus frappé par la vue de nouveaux symptômes qui ne s'étaient jamais présentés dans le passé. Les pieds de la malade étaient gonflés dans la région de la cheville et plus haut, même jusqu'aux genoux. La peau était tendue, d'une teinte grisâtre, luisante, sèche. Les sécrétions sébacée et sudorale ne se voyaient pas. La peau était froide et sèche au contact. L'enflure céda à la pression du doigt, mais dès qu'on ôta le doigt, l'enflure disparaissait tout de suite. Du côté du cœur, rien, outre accélération des battements (120-140)

l'urine sans albumine, mais contenant une quantité considérable d'urates, de réaction aigre à teinte claire.

Un gonflement, tout pareil à celui des pieds, se présentait aux joues et aux lèvres, la peau des paupières était très ridée, mais pas gonflée. Les cheveux sur la tête devinrent rares, les poils sous les aisselles tombèrent tout à fait. La température était de 36°,2, -36°,5 cent. Avec cela, grande pauvreté de sang, insomnies, hallucinations de la vue et de l'ouïe, manifestations de peur et de terreur, état de complète absence, inclination à la fureur ; cet état dura trois jours ; après quoi, la malade devint tranquille.

Mais cet état de tranquillité n'était pas son état habituel post épileptique, dépressif ; mais durant lequel la malade était cependant sur pied, travaillait et causait. Non, cette fois-ci, elle était alitée, faible et tout à fait apathique et indifférente à son entourage. Qu'on lui donnât ou qu'on ne lui donnât pas à manger ne la touchait guère ; qu'on change ou ne change pas son linge, elle ne faisait non plus aucune attention. Cette apathie envers soi et son entourage était accompagnée d'une extrême lenteur physique et psychique. Elle était très lente à répondre, et cela après avoir répété plusieurs fois la question : Quoi ? Qu'est-ce ? Ce n'est qu'après maintes répétitions de la question, qu'elle répondait par monosyllabes et encore pas toujours juste. Elle embrouillait les jours, les dates, et comptait très mal, même de tout petits chiffres.

La voix était monotone, la parole indistincte à cause de l'enflure de la langue. La bouche se remplissait souvent d'une salive épaisse et collante. Elle restait tout à fait indifférente à mes visites, tandis qu'avant elle m'exprimait toujours son respect, sa gratitude, etc. Enfin, elle ressemblait à une personne à demi-dormante. La physionomie

avait perdu toute expression et était tout à fait stupide. Les phénomènes de la maladie de Basedow restaient les mêmes.

Mais sous l'influence de bains chauds de galvanisation, de vin de quinquina, de petites doses d'arsenic et d'un traitement énergique, elle commença petit à petit à se remettre autant physiquement que psychiquement ; en trois mois, les gonflements disparurent complètement, et l'état physique devint normal. Il ne reste que les symptômes d'anémie et de la maladie de Basedow.

La malade nous raconte alors que cinq ou six mois avant ce dernier paroxysme de la maladie, elle commença à se sentir si faible, si brisée et si fatiguée, qu'elle n'avait qu'un seul désir, de rester constamment couchée. Elle ne se sentait pas malade de corps physiquement, la température était plus basse que la normale, elle ressentait une fatigue telle qu'elle ne pouvait ni travailler ni marcher. Avec cela, il lui était difficile de penser, ou plutôt elle n'avait pas envie de penser.

A la même époque, elle remarqua à ses pieds un étrange gonflement, luisant, les cheveux de la tête, les poils de l'aisselle tombèrent. Le même gonflement paraît sur les mains, sur la face, mais celui des mains n'était pas continu. Durant le second et le troisième mois de cette maladie, elle perdit huit dents, sans aucune raison. Pendant toute la durée de la maladie, l'appétit et les fonctions de l'estomac restèrent intacts, mais elle ne transpirait pas, et la peau ne portait pas trace de sécrétion graisseuse ; à la moitié du 3^e mois, la langue enfla et la parole devint pénible, la quantité de salive augmenta et devint collante et épaisse. Les palpitations de cœur, l'exophtalmie et le struma ne subirent pas de changement. La malade attribua

sa maladie à un refroidissement. Elle se plaignait de sensation de froid surtout aux endroits gonflés.

Remarque. — Dans l'histoire de cette malade, il s'agit d'une femme chez laquelle, à la suite de chagrins il se déclare un goître exophtalmique, quelque temps après du myxœdème.

Malgré le traitement (galvanisation et toniques), les symptômes de maladie de Basedow persistèrent, mais le myxœdème disparut.

Il est donc clair que les deux affections étaient associées.

OBSERVATION III

(*Sollier. Revue de Médecine, 1891*)

Mademoiselle P., âgée de 31 ans, vient se faire traiter le 4^{er} mars 1891. Les antécédents héréditaires n'ont rien de bien caractéristique, mais elle a une sœur hystérique. Elle même a toujours été très nerveuse, d'un caractère assez difficile. Elle serait parvenue cependant à se dominer violemment à ce point de vue, au mois de novembre 89, et depuis cette époque, à ce quelle prétend, auraient débuté des troubles pour lesquels elle consulte aujourd'hui. Elle est très émotive, et elle a surtout une peur excessive et non motivée des voitures, soit qu'elle s'en serve soit qu'elle passe au milieu dans la rue. Elle a dans certains cas,

une angoisse continuelle et presque une crise de nerfs. Pas d'autre manifestations d'agoraphobie.

Au mois de janvier 1890 elle a remarqué que ses yeux qui jusque là n'étaient pas saillants, et j'ai pu le constater par des photographies, commençaient à faire saillie, surtout du côté gauche. Cette axophtalmie alla en augmentant et est très marquée aujourd'hui, surtout à gauche. Les yeux sont très saillants, les paupières se rejoignent à peine dans l'occlusion, le regard est fixe, brillant. La vue est moins bonne qu'autrefois. Tout l'appareil musculaire de l'œil gauche est légèrement parésié, mais sans qu'il ait cependant de la diplopie.

Les règles sont troublées depuis cette époque, et elle est sujette à de l'aménorrhée pendant 3 ou 4 mois quelquefois. Elle a constaté aussi de la polyurie et de la pollakiurie, qui existait encore aujourd'hui, et qui surviennent par périodes.

La miction est quelquefois tellement impérieuse qu'elle se produit presque involontairement. Jamais d'albuminurie.

Elle est sujette à de violents maux de tête très fréquents.

L'appétit est bon, pas de vomissements.

La voix est un peu rauque par moments, mais pas de toux.

Tremblement très marqué, à petites oscillations, rapide, caractéristique.

Bouffées de chaleur et sensation de froid dans d'autres moments.

Pas d'élévation réelle de la température. Pas de sueurs. Le pouls est à 117. Elle n'a pas de palpitation, mais éprouve souvent à la pointe du cœur une douleur vive, qui la force à se courber en deux.

Le cou n'est pas trop volumineux, on sent même très peu le corps thyroïde qui est plutôt atrophié que gonflé.

Mais le phénomène qui a le plus frappé la malade et sa famille, en dehors de l'exophtalmie, c'est une bouffissure qu'elle présente d'une façon intermittente mais qui prend surtout de l'importance au moment des époques menstruelles, ou sous l'influence de la fatigue et des émotions.

Ce gonflement se montre sur la figure et est quelquefois tel que les lèvres beuflées l'empêchent de parler, et elle est aussi gênée qu'avec un coryza au début très prononcé.

Le cou est également gonflé et les creux sus-claviculaires sont remplis et saillants. On détermine avec le doigt une dépression légère par la fourchette du sternum, mais il est impossible d'en déterminer sur les masses pseudolipermateuse des creux sus-claviculaires.

L'œdème se montre également aux membres, les mains sont gonflées, les mouvements sont gênés, raides et la malade ne peut quelquefois se livrer à aucun travail, d'autant plus que dans ces moments là le tremblement augmente, ainsi que tous les autres phénomènes.

L'œdème des jambes est plus marqué le soir que le matin. C'est un œdème plus dût qu'aux mains et où il est impossible de déterminer d'empreinte du doigt. Quoiqu'il soit très difficile de mesurer exactement le thorax il est vraisemblable qu'il participe au gonflement, car la malade, après ses règles, est obligée de resserrer son corset et ses effets.

Ce gonflement est en outre irrégulièrement réparti et inégal d'un côté à l'autre.

Voici, du reste, les menstruations principales au 4^{er} mars.

Cou 32 c. m.	D. G.	D. G.
Membre inf. au dessus de la rotule 41,42	Chevill	25 24
— au dessous de la rotule 34,35	Cou-de-pied	22 1/2 22

Pas de troubles de la sensibilité générale ou des sens spéciaux.

Résistance électrique 1700 ohms.

Soumise au traitement électrique du goître axophtalmique et à l'hydrothérapie, la malade s'améliore rapidement.

L'émotivité disparaît en grande partie. L'appétit devient encore meilleur. Les maux de tête sont moins fréquents.

La pollakiurie et la polyurie disparaissent complètement. La malade a moins de bouffées de chaleur.

Au moment des règles survenues dans le courant de mars le gonflement réapparaît mais est passager et peu marqué. Il survient encore quelquefois, mais toujours d'une façon très courte.

La résistance électrique augmente :

Le 24 mars elle est 3000 ohms

Le 6 avril elle est 3700 —

Le 1^{er} mai elle est 7000 —

Le pouls suit des modifications parallèles. De 117 qu'il donnait au début, il tombe à 86 le 6 avril et à 72 pulsations le 1^{er} mai, à la sortie de la malade.

L'urine et la miction normales.

Le tremblement est à peine marqué et l'exophtalmie a presque disparu.

La malade a été revue six semaines plus tard : son état se maintient aussi bon, et la vie plus fatigante qu'elle

avait reprise n'avait amené aucune autre conséquence qu'une légère diminution de la résistance électrique.

L'émolivité était moins grande et la malade pouvait recommencer d'aller en voiture sans peur comme auparavant.

Remarque. — Quoique les symptômes de goître exophtalmique (exophtalmie surtout unilatérale, tremblements) sont peu prononcés ils ont été constatés en même temps que le myxœdème.

Nous pensons donc, que cette observation se rapporte bien à notre sujet.

OBSERVATION IV

(Sollier. — *Revue de médecine*, 1891)

M^{me} L..., âgée de 39 ans, m'est adressée de province, le 12 novembre 1890, par mon excellent maître le docteur Hutinel.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que ses grands-parents des deux côtés étaient asthmatiques. Une tante maternelle était atteinte de rhumatisme chronique. Jusqu'au début de la maladie actuelle, elle n'a présenté aucun accident arthritique malgré cette hérédité. Elle n'a jamais fait aucune maladie sérieuse.

Mariée une première fois, elle a eu, sans aucun accident, une seule grossesse. Son mari, alcoolique, et mort de délirium tremens, l'a rendue assez malheureuse. Elle

avait des émotions fréquentes, était battue et, à la mort, elle eut beaucoup d'ennuis avec la famille de son mari.

Remariée, elle fut au contraire, cette fois, entourée d'une sollicitude un peu exagérée. Dès le début, elle présenta les premiers accidents de sa maladie, mais n'y fit pas attention. C'est il y a deux ans environ qu'ils se manifestèrent d'une façon qui la força à y prendre garde. Elle ressentit une douleur vive dans la paume de la main droite; puis de la main gauche, puis des deux en même temps, douleur qui l'empêchait de fermer complètement les mains. Elle avait de la raideur et de la gêne douloureuse dans les mouvements des doigts. Pas de gonflement. Au bout de quelque temps, apparut un gonflement assez considérable du dos de la main droite; puis la main gauche fut prise. Les pieds ne présentaient cependant aucun gonflement analogue. Mais bientôt survint de la douleur dans le genou droit, et le pied et la jambe de ce côté commencèrent à gonfler également. Enfin l'enflure se manifesta du côté gauche, Cette sorte d'œdème était intermittent, très marqué certains jours, très faible certains autres, à peine apparent le matin, beaucoup plus net le soir.

Le caractère ne tarda pas à se modifier. M^{me} L... présenta une émotivité très grande : elle pleurait sans motifs, avait quelquefois des étouffements et des sensations de constriction de la gorge. L'appétit diminua, devint capricieux. Le sommeil était irrégulier, léger, insuffisant. La malade avait des sensation de chaleur, quelquefois avec élévation de température; elle était prise vers cinq heures du soir, de frissons, et se réveillait vers deux heures du matin, avec une chaleur intense, des sueurs et une sensation d'angoisse. Ces accès survinrent d'abord tous les trois jours environ, puis se rapprochèrent et devinrent

quotidiens. Outre ces sensations de chaleur, elle avait des sensations de brûlure, prédominantes surtout aux pieds.

Elle avait des accès de toux sèche, des nausées, de légers vomissements alimentaires ou glaireux. Elle avait de la constipation ou au contraire des diarrhées profuses. Les règles se supprimèrent. Enfin à plusieurs reprises, elle remarqua qu'elle voyait double en regardant dans une certaine direction. Enfin survint un endolorissement généralisé empêchant les mouvements spontanés et même provoqués. Il y a trois mois la marche devint impossible.

Elle présente pendant assez longtemps et à plusieurs reprises, de la pollakiurie et de la polyurie.

Plusieurs diagnostics furent posés à diverses époques. On la traite pour du rhume chronique, pour une maladie du cœur, pour une néphrite interstitielle, pour une pachyméningite cervicale hypertrophique, etc. Cependant, l'examen du sang et des urines, pratiqué à plusieurs reprises, et une fois entre autres par le D^r Hutinel, ne révéla absolument rien : ni leucémie, ni albuminurie.

Une analyse pratiquée le 20 avril 1890, donna le résultat suivant : Urine légèrement acide, couleur jaune pâle. Dens. 10,12, pas de sueur, pas d'albumine, pas d'hématine ni de ses dérivés.

Etat à l'entrée. — Lorsque la malade fut amenée, elle était incapable de faire aucun mouvement volontaire. Elle restait assise immobile sur son fauteuil, les mains étendues sur les genoux, la tête penchée en avant, renfoncée dans les épaules, le dos voûté, tassée sur elle-même, ne remuant même pas la tête pour regarder de côté, les jambes à demi fléchies et incapable de se soulever volontairement. La physionomie était inerte, peu expressive, empreinte

d'une certaine largeur ; le masque peu mobile traduisant un léger degré de torpeur cérébrale.

Mais ce qui frappait, dès l'abord, c'était un gonflement énorme des membres, surtout prononcé aux extrémités. Les mains étaient tuméfiées sur le dos ; les doigts énormes à la base s'effilaient à l'extrémité qui, par contraste, paraissait amincie, mais sans rides à la face palmaire. Les doigts n'étaient pas étendus complètement, mais l'attitude de la main était celle qu'elle prend lorsqu'on tient une sphère un peu grosse. Les mouvements spontanés des doigts et du poignet étaient impossibles ; ceux du coude et de l'épaule presque nuls. Les mouvements provoqués déterminaient dans toutes les articulations une douleur très vive.

Quand on pressait sur ces parties gonflées on constatait que cet œdème est beaucoup plus dur et résistant que l'œdème ordinaire.

La peau n'est pas pâle et transparente, mais a sa coloration normale. Elle est rugeuse et sèche. L'empreinte du doigt ne persiste pas, le gonflement est en outre un peu douloureux.

Aux pieds, l'œdème est encore plus considérable qu'aux mains. Les membres inférieurs ont un aspect véritablement éléphantiasique. Sur le dos du pied le gonflement est beaucoup plus mou qu'aux mains et garde mieux l'empreinte du doigt. La peau est aussi pâle et transparente. Mais aux jambes elle est, au contraire, épaissie et rugeuse, et sa coexistence rappelle celle de la sclérodermie.

Cet œdème est beaucoup plus marqué le soir que le matin, surtout aux pieds.

Mais ce gonflement si considérable des extrémités et

des membres est absolument généralisé ; quoique moins évident à première vue, sur le reste du corps. La face est légèrement bouffie, le cou est énorme, les creux sus-claviculaires sont saillants et comme boursoufflés par des pseudo-lipomes.

Le tronc est également le siège d'un léger gonflement, mais beaucoup moins appréciable, la malade étant grasse à l'état normal.

Les articulations sont douloureuses et présentent des craquements assez forts, surtout aux poignets et plus encore aux genoux. Les poignets sont déformés, globuleux, cylindriques. On sent, au-dessous de la peau, que les têtes articulaires participent au gonflement, ainsi que tout l'appareil ligamenteux. En les prenant on a une sensation de résistance comme si on appuyait sur un kyste synovial très tendu. Les articulations des doigts sont également très difformées et très augmentées de volume, sauf celle de la phalangine avec la phalangette.

Les genoux présentent une déformation et un volume considérables. Ils apparaissent bosselés dans tous les points où l'appareil ligamenteux est plus lâche, comme si l'articulation était le siège d'un épanchement. Il n'en contient pas cependant, mais on constate ici encore une hypertrophie des têtes osseuses et de la capsule fibreuse. La rotule en se déplaçant donne un bruit de râpe et même de craquement sur l'extrémité du fémur.

Enfin aux chevilles il existe une tuméfaction non moins marquée. On observe sur le coup-de-pied et au niveau des deux malléoles une saillie globuleuse donnant également la sensation d'un kyste très résistant et à capsule épaisse. Les extrémités osseuses articulaires paraissent sensiblement élargies.

Voici d'ailleurs les mensurations du 19 Novembre :

Cou	39 1/2 c. m.
Main droite partie moy.	22
Main gauche —	21 1/2
Poignet droit	19
Poignet gauche	20
Jambe droite à 10 c. au-dessous rotule.	40
Jambe gauche — —	40 1/2
Cheville droite.	34 1/2
Cheville gauche	34
Cou-de-pied droit.	30
Cou-de-pied gauche :	29

De nombreuses taches pigmentaires se remarquent en divers points : au niveau des tempes, des joues, sur la poitrine, le cou, quelques-unes sur les bras et particulièrement aux pieds, tout autour de l'articulation du cou-de-pied.

La malade éprouve des démangeaisons dans le dos et, à un moment donné, elle a eu du prurit vulvaire.

En y apportant un peu d'attention on constate une légère exophtalmie, plus marquée à gauche. Elle a eu du reste, toujours les yeux un peu saillants, Les yeux sont brillants, les réflexes pupillaires normaux. Léger rétrécissement du champ visuel (?)

Quand la malade regarde en haut elle a de la diplopie, tenant à une parésie du droit inférieur droit, et aussi quand elle regarde en haut et à gauche, ce qui tient à une parésie du grand oblique. Les paupières se relèvent avec une certaine paresse et incomplètement, l'œil reste toujours à demi recouvert. Pas de goitre. On ne sent pas les lobes du corps thyroïde. Le cou est du reste uniformément développé. Pas de battements.

Le cœur qui ne présente aucune lésion à l'auscultation, bat, régulièrement et au calme de 110-120 par minute, mais la moindre émotion, le moindre effort, lui donnent une accélération à 160.

Tremblement très marqué, à petites oscillations rapides des mains.

La poitrine ne révèle rien à l'auscultation. La malade a cependant une toux laryngée, rauque, revenant par accès, accompagnée de dyspnée, se produisant surtout la nuit, quand elle se réveille et le matin, ou encore après le repas et amenant quelquefois alors un léger vomissement alimentaire.

Le foie, la rate ne présentent rien à la palpation ni à la percussion. Urines normales.

Les sensations de chaleur s'accompagnent d'une élévation notable de la température qui atteint 38° ordinairement. Le froid et la chaleur lui sont également insupportables, lui paraissent excessifs l'un et l'autre.

Légère anesthésie pharyngée, endolorissement généralisé, peut-être avec hyperesthésie vraie.

Pas de paralysie, spasmes ni contracture.

Réflexes rotuliens normaux.

Les règles irrégulières depuis cinq ans, n'ont pas paru depuis deux mois.

La résistance électrique est très diminuée et n'est que de 1700 ohms.

Traitement. — Faradisation et galvanisation quotidiennes du cou et de la région précordiale.

Voici les modifications qui se produisent sous l'influence du traitement :

	19 Nov.	10 Juin.
Cou	39 1/2	35 1/2 C.m.
Main droite, partie moy.	22	20 1/4
Main gauche	21 1/2	19 1/2
Poignet droit.	19 1/2	18 1/2
Poignet gauche	20	19
Jambe droite	41	35 1/2
Jambe gauche.	40 1/2	34 3/4
Cheville droite	34 1/2	30
Cheville gauche	34	29
Cou-de-pied droit	30	26 3/4
Cou-de-pied gauche.	29	26

22 Novembre. — Les règles apparaissent avec légère aggravation des douleurs articulaires. Résistance électrique, 2500 ohms.

6 Janvier. — Résistance électrique, 2.700 ohms.

Mars. — La malade peut descendre un escalier en s'appuyant sur une aide.

Avril. — La malade est soumise au traitement hydrothérapique, résistance électrique 3.200 ohms.

Mai. — Amélioration. Elle peut descendre et monter un escalier de 20 marches, sans aide.

10 Juin. — A la sortie, l'œdème est considérablement diminué, pigmentation presque complètement disparue de la face et des jambes. On voit encore des traces de pigmentation sur les pieds.

L'état général est bon, la polyurie et pollakiurie ont complètement disparu.

Résistance électrique, 7.800 ohms.

Analyse de l'urine : 1020 gr. en 24 heures.

Couleur jaune pâle.

Réaction acide.

Densité, 1,015.

Urée 14.090 par litre.

Acide urique 0.29 par litre.

Pas d'albumine, pas de sucre.

Remarque. — Cette observation est moins convaincante que la précédente. Il existe chez la malade, qui à l'état normal a les yeux saillants, une légère exophtalmie unilatérale, de la tachycardie légère (110-120), pas de goître, avec ces symptômes, du myxœdème.

Il est donc douteux qu'avec des symptômes aussi peu prononcés, nous ayons affaire à un goître exophtalmique.

OBSERVATION V

(Osler. — *Johns Hopkins hospital, Bulletin 1892*).

Homme âgé de 23 ans.

Père mort de bronchite. Mère vivante 58 ans, pas de goître, 2 sœurs, 4 frères, tous vivants et bien portants. Pas de troubles nerveux dans la famille.

Le malade toujours bien portant, pas de maladie antérieure.

Début de la maladie. — Le trouble actuel commença il y a trois mois 1/2 avec : constipation, désordres stomachaux, quelquefois de la sensibilité au froid. La face et les

maines commencèrent à enfler ; quelquefois les muscles des bras l'étaient aussi. La face est gonflée depuis.

Pas de troubles de sensibilité ou motricité de la face. Les pieds et jambes n'étaient jamais enflés. La glande thyroïde grossit en même temps.

Pas de polyurie, pas de vomissements, santé générale bonne, appétit bon. Le malade continu son occupation pendant ce temps là.

Etat actuel. — Homme bien bâti, bien nourri, musculature au-dessus de la moyenne. Transpire des paumes des mains. Face gonflée, bouffie, pas d'exophtalmie. Les paupières supérieures seules paraissent infiltrées. La face est moins gonflée qu'il y a trois semaines. Le malade dit qu'il a une sensation particulière quand il rit. Langue bonne.

Glande thyroïde augmentée de volume, les lobes sont symétriques, pulsations marquées. Il semble que la glande toute entière a ses pulsations, qui ne sont pas transmises par les carotides. Les veines ne sont pas distendues.

Thorax bien conformé, fourchette sternale pas déprimée.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal juste au-dessous du mamelon, pas très fortement. Le bruit systolic de la pointe, doux, ne se propage pas dans l'aisselle. Les bruits de la base sont sonores. Le second bruit à l'orifice pulmonaire dédoublé, la diastole aortique pas très accentuée. Pouls 84, vaisseaux pas durs au toucher.

Au niveau de la glande thyroïde on perçoit un souffle systolic, sans presser. Au lobe latéral on entend un murmure continu.

Pas d'albumine dans l'urine. Quantité 1 l, 027.

Traitement. — On administre au malade XX gouttes d'extrait fluide d'ergot, 3 fois par jour pendant les premiers

10 jours ; la quantité est portée à 25 gouttes les 25 jours suivants et, enfin pendant les derniers dix jours ont lui donne 30 gouttes.

5 novembre. — Le malade va mieux, il a pris 30 gouttes d'ergot. La face est moins gonflée, la coloration est meilleurs et le malade dit ne plus se sentir aussi raide qu'auparavant.

20 novembre. — Le malade vient à l'hôpital. Il s'est senti plus mal la semaine dernière. Face gonflée sans être bouffie. On augmente la dose d'ergot.

1^{er} avril. — Le malade a été traité pendant tout l'hiver et actuellement va beaucoup mieux. La face paraît toujours plus large ; mais les mains ne sont pas gonflées.

Il a travaillé pendant toute cette époque.

Il n'y a pas trace d'affaiblissement intellectuel.

Remarque. — C'est le seul cas rencontré chez un homme. Il s'agit bien de la coexistence des deux affections : Myxœdème et Maladie de Basedow.

OBSERVATION VI

(*Von Jaksch. — Prager medicinische Wochenschrift*
1892).

Femme âgée de 53 ans, souffrante depuis trois à quatre ans.

Le premier symptôme qu'elle apercut était l'exophtalmie de l'œil droit. Plus tard celle de l'œil gauche s'y ajouta.

En même temps elle eut des palpitations et le cou commença à augmenter de volume. On l'opéra dans une clinique pour son affection oculaire.

Ce qui frappe tout d'abord en voyant cette femme est l'exophtalmie considérable. Le signe de von Graefe est très marqué, on remarque un goître et en examinant le cœur, à côté de l'arythmie, on constate une tachycardie considérable, 120-150 pulsations par minute.

Il existe en même temps une diminution de la résistance au courant électrique. En un mot les principaux symptômes de la maladie de Basedow.

La malade présente encore un signe qui précisément fait l'intérêt de ce cas.

Si on regarde les extrémités inférieures, on voit qu'elles sont beaucoup plus augmentées que les supérieures.

La peau des pieds et du tiers inférieur des jambes est épaissie, plissée, le doigt qui presse dessus avec une certaine force produit un godet. Il n'y a pas d'œdème proprement dit et il ne peut pas s'agir d'un processus inflammatoire.

Depuis le 14 octobre, il semble que les extrémités inférieures ont diminué de volume, en examinant de plus près on a l'impression que dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y a une substance plus dense que l'eau.

Remarque.—Nous n'avons pas d'objection à faire à cette observation. Il est question de myxoedème et goître exophtalmique qui existent en même temps.

OBSERVATION VII

(H. Vogt.— *Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Résumé in : Jahresbericht der gesammten Medicin 1876*).

Femme âgée de 30 ans, pas mariée.

Après une émotion tombe malade. Elle présente des symptômes nerveux, de proéminence des yeux, un goître, de la pulsation des veines du cou, diarrhée, œdème des extrémités inférieures et de l'abdomen.

Elle meurt 6 ans après.

Dans la dernière époque qui précéda la mort, l'œdème et le goître avaient disparu, mais elle avait de la diarrhée et de la fièvre.

A l'autopsie on trouve le cœur hypertrophié et sa pointe présentait des adhérences avec le péricarde.

Remarque.— Malgré le peu de détails, l'œdème qui disparaît quelque temps avant la mort, ne nous semble pas d'origine cachectique, il est fort probable que c'est un myxoédème survenu chez une Basedowienne.

OBSERVATION VIII (inédite) (1)

(Recueillie dans le service de M. Babinski)

Une couturière, âgée de 30 ans, entre le 11 juillet 1895 à La Pitié, dans le service de M. le Dr Babinski.

Son père, qui était d'un tempérament nerveux, est mort à 50 ans, d'une gastrite : sa mère, âgée de 63 ans, souffre d'une affection hépatique.

De ces trois frères qui sont tous nerveux, d'après ce que dit la malade, deux de 40 et 36 ans sont bien portants, le troisième de 38 ans est atteint d'une tuberculose pulmonaire. Une sœur, âgée de 34 ans, sujette à des crises nerveuses, souffre d'une affection cardiaque.

Notre malade a été réglée à 11 ans, mais toujours irrégulièrement, durée habituelle des règles 7 jours.

Il y a dix ans, à l'âge de 20 ans, elle accoucha spontanément d'une fille à terme, qui actuellement est bien portante.

Pas de fausse-couche.

Depuis son accouchement, la malade avait un prolapsus de l'utérus, des douleurs abdominales exaspérées au moment des règles, des pertes blanches et des métrorrhagies fréquentes.

Son état l'obligea d'entrer à l'hôpital St-Louis en octobre 1894. D'après les renseignements de la malade, on lui pratiqua un curettage utérin (?). Elle séjourna à l'hô-

(1) C'est une des deux observations, dont M. Babinski a communiqué le résumé au Congrès de Bordeaux, 1895.

pital 6 semaines et prit ensuite le repos chez elle pendant une autre durée de 6 semaines.

Après ce temps, elle commença à marcher. Tout alla bien quand 2 mois après, sans que la malade puisse invoquer une cause, la même sensation de pesanteur dans le bas-ventre, qui existait avant l'opération, fit son apparition.

Vers le mois de février 1895, la malade s'aperçoit que son cou augmentait de volume, le tremblement des mains apparût, les palpitations, qui existaient depuis le mois d'octobre de l'année précédente, augmentent. A peu près à la même époque, la malade remarque que ses chevilles étaient gonflées, plus tard l'œdème s'étend aux jambes et petit à petit gagne la racine des cuisses, limite qu'elle ne dépasse jamais.

Le 8 juin de la même année, la malade tombe sur la région précordiale, perd connaissance et est obligée de garder le lit pendant 10 jours. Ce traumatisme augmente ses palpitations et le 11 juillet elle entre à l'hôpital de la Pitié.

Etat actuel. — Les deux lobes du corps thyroïde sont hypertrophiés, il y existe un souffle très intense continu avec redoublement systolique, perçu par la malade, frémissement très net.

Le périmètre du cou est de 34 c. m.

Les yeux sont saillants.

Cœur douloureux, palpitations; le pouls, 124 pulsations à la minute. La nuit la malade a des étouffements.

Aux mains il existe un tremblement intentionnel à petites oscillations rapides,

Depuis trois mois, altération du caractère, instabilité, insomnies, amaigrissement notable.

Elle est très sensible au froid, a des crises de diarrhée.

Les réflexes rotuliens sont normaux, réflexes pupillaires conservés. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'anesthésie du pharynx, ou zone d'anesthésie ou d'hypéresthésie tactile ou douloureuse.

Les saillies des malléoles sont effacées, les jambes et cuisses myxœdémateuses, l'œdème est dur, les téguments ne se laissent pas déprimer.

Il y a quelque temps que les poils des aisselles sont tombés.

Pas d'albumine dans l'urine.

12 juillet 1895. — Palpitations violentes.

Pouls, 116 pulsations à la minute ;

Circonférence du cou : 33 cm. ;

Mollet à la partie moyenne, 36 cm. ;

Cheville, 24 cm. ;

Pas de souffle au cœur.

14 juillet. — Poids de la malade, 52 kilogr. 250 gr.

Le corps est amaigri à la partie supérieure ; quoique la malade n'ait pas marché, les jambes sont grosses, les chevilles gonflées, le mollet volumineux, de sorte que toute la jambe ressemble à un pied d'éléphant.

17 novembre. — Mollet droit, 39 cm.

Mollet gauche, 38 cm.

Périmètre du cou, 32 cm. 5. Pouls, 114 pulsations.

La malade quitte l'hôpital pour revenir le 25 novembre.

25 novembre. — Poids, 59 kilog. Circonférence du cou. 32 cm. 5.

On laisse la malade quelque temps au repos avant de commencer le traitement.

Mollet droit, 37 cm. ;

Mollet gauche, 36 cm. ;

Racine cuisse droite, 57,5 ;

Félix

Racine cuisse gauche, 56 cm. ;

Pouls, 124 pulsations. On commence le traitement par 2 capsules de thyroïdine de 0,40 cgr. chacune (6 capsules forment une glande de grosseur moyenne).

Le cœur bat dans le 7^e espace intercostal au-dessous et en dehors du mamelon, les battements sont forts, on ne sent pas de frémissement à la palpation, bruits secs et forts à l'orifice pulmonaire, moins forts à l'orifice aortique. On entend un souffle systolique dans les carotides.

Corps thyroïde proéminent, on sent un frémissement à la palpation, à l'auscultation on perçoit un souffle systolique, toute la région est animée de battements, bouffées de chaleur. Le malade se plaint de céphalée.

26 novembre. — Pouls 104 pulsations, la malade a de la céphalée et des étourdissements.

2 décembre. — La malade est prise d'une angine, la gorge est rouge, il n'y a pas d'exudats. Température 39°. Pouls, 176 pulsations. Le traitement thyroïdien est interrompu. On lui prescrit des lavages de la bouche à l'acide borique et des attouchements phénolsulforicinés.

5 décembre. — On lui ordonne un vomitif le matin ; le pouls est à 120, la température à 39°.

8 décembre. — L'angine est guérie, la température baisse, le sommeil revient, il persiste encore un peu de céphalée.

11 décembre. — La langue est desquamée au centre, douloureuse. Pouls, 108 pulsations.

Diamètre du mollet droit, 34,5.

— mollet gauche, 34.

17 décembre. — La langue est toujours douloureuse, recouverte d'un enduit blanchâtre qui se laisse détacher facilement ; la malade souffre toujours en avalant.

19 décembre. — On reprend le traitement thyroïdien. On ordonne 2 capsules à 0,40 cgr.

21 décembre. — Le soir la malade a un accès de palpitation qui dure 30 minutes.

24 décembre. — Amaigrissement général. La malade pèse 52 kilogr., le pouls bat à 108 pulsations à la minute. La circonférence du cou est de 32 cm.

Mollet droit 34, cuisse droite, 53.

Mollet gauche, 33,5, cuisse gauche, 52.

26 décembre. — La malade a une crise de palpitations le matin. se plaint de constriction à la gorge. Le pouls bat à 112 pulsations.

29 décembre. — La malade ne prend pas de thyroïdine, elle a eu quelques palpitations, le pouls bat à 116.

1^{er} janvier 1896. — La malade se lève pour marcher un peu, se trouve mal après et a une crise de palpitations.

8 janvier. — Ne prend pas de thyroïdine depuis trois jours à cause des palpitations. Pouls est à 112 pulsations.

17 janvier. — Les personnes qui viennent la voir trouvent que ses yeux sont moins saillants (?). Le pouls bat à 126 pulsations. La malade marche toute la matinée, à 11 heures du matin on trouve :

Circonférence du cou, 31 ;

Mollet droit, 36 ;

Mollet gauche, 36,5.

On reprend le traitement.

24 janvier. — Depuis huit jours le traitement est suivi régulièrement, la malade marche un peu, elle prétend que les capsules lui causent moins de palpitations qu'au début. Elle se plaint de maux de tête et de fatigue le matin en se réveillant. Le traitement est suspendu.

Le pouls est à 116 pulsations.

Mollet droit ; 37.

Mollet gauche, 36 ;

Racine de la cuisse droite, 54 ;

Racine de la cuisse gauche, 53' ;

21 février. — Pouls 120 pulsations ;

Circonférence du cou, 33 ;

Mollet gauche, 36 ;

Mollet droit, 37 ;

Cuisse droite, 54 ;

Cuisse gauche, 53 ;

29 février. — La malade a meilleur mine, elle dort bien, mange avec appétit, l'exophtalmie moins prononcée. Le pouls bat à 112 pulsations.

Circonférence du cou, 32 ;

Jambe droite, 38 ;

Jambe gauche, 37 ;

Cuisse droite, 55 ;

Cuisse gauche, 54 ;

Les mesures ont été prises après que la malade ait marché.

12 mars. — On reprend le traitement, suspendu depuis fin janvier. La malade prend une capsule de 0 gr. 10 de thyroïdine, le soir.

13 mars. — On continue le traitement. La malade a bien dormi. Son poids est de 53 kilogr. 500 gr.

14 Mars. — La malade supporte bien le traitement thyroïdien, son pouls bat à 106 pulsations à la minute.

18 Mars. — Pouls, 104, ciconférance du cou, 34 c.m.

21 Mars. — La malade est au repos absolu depuis trois jours. Circonférence du cou, 33 c.m., pouls 120. On fait marcher la malade pendant quelque temps et la mensuration donne les résultats suivants :

	Avant de marcher.	Après avoir marché.
Jambe droite . . .	37 c.m.	37 3/4
Jambe gauche. . .	36	36 1/2
Chevillle droite . .	25	25
Chevillle gauche . .	25	25

La malade prend toujours deux capsules de 0.40 cgr. de thyroïdine par jour.

22 Mars. — La malade est au repos absolu. La mensuration donne le résultat suivant :

Circonférence du mollet droit 36 1/2.
— du mollet gauche 36.
— de la cheville droite 24 1/2.
— de la cheville gauche 24.

23 Mars. — Pouls 104. Circonférence du cou 34 1/2. Circonf. du mollet droit, 36. Cheville droite, 24.

— du mollet gauche 35 1/2. Cheville gauche 23 1/2.

24 Mars. — Pouls, 100 ;

Cou, 32 cm. ;

Mollet droit, 35 1/2 ;

Mollet gauche, 34 1/2 ;

Chevillle droite, 24 1/2 ;

Chevillle gauche, 23 1/2.

Remarque. — Il est incontestable que chez la malade, dont il est question dans cette observation, les principaux symptômes du goître exoptalmique sont associés au myxœdème.

Mais ce qui nous paraît intéressant, c'est le résultat obtenu par le traitement thyroïdien.

Comme la malade a du myxœdème, ce traitement

était tout indiqué ; mais d'après la théorie de l'hyperthyroïdation, les symptômes de la Maladie de Basedow auraient dû augmenter. C'est pourtant le contraire que nous observons.

Le myxœdème a diminué, l'exophtalmie a presque totalement disparu, la tachycardie, qui au début était à 160 pulsations est tombée à 100, le corps thyroïde paraît avoir diminué de volume.

On pourrait donc admettre que l'association du Myxœdème au goître exophtalmique est due à une modification en même temps quantitative et qualitative de la thyroïdine.



CONCLUSIONS

Il n'y a pas d'antagonisme entre le myxœdème et la maladie de Basedow.

L'association de ces deux affections est possible.

Pourtant cette association paraît rare.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BROUARDEL.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE⁽¹⁾

Babinski, J. — Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux 1895. In Archives de neurologie 1895 t. XXX.

Babinski, J. — Semaine médicale, 1895.

Baldwin, W. — Graves' disease succeeded by thyroid atrophy. Lancet, Janvier 1895.

Ballet G. et Enriquez E. — Des effets de l'hyperthyroïdation expérimentale. Médecine moderne 1895 n° 104.

Bouillaud. — Séance du 12 août 1862, de l'Académie impériale de médecine. Gazette des hôpitaux 1862.

Bowels. — Société médicale de Londres, séance du 16 Oct. 1893. British medical journal, octobre 1893.

Bramwell, Bryom. — The symptoms of myxœdema and exophtalmie goitre contrasted. Transactions of the medico-chirurgical society of Edinburgh 1891 t. X.

Bramwell, Byrom. — Clinical features of myxœdema. Edinburgh medical journal 1893 t. XXXVIII.

Brissaud, E. — Corps thyroïde et maladie de Basedow. Archives cliniques de Bordeaux, Juillet 1895.

Canter. — Myxœdème et goitre exophtalmique. Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, Janvier 1894.

Dourdouff. — Contributions à la pathogénie du myxœ-

(1) Nous n'indiquons que les ouvrages qui ont servi à la rédaction de cette thèse.

dème et de la maladie de Basedow. Médecine moderne 1894.

Edmunds, Walter. — Observations and experiments on the pathology of Graves' disease. Transactions of the pathological society of London, 1895 t. XLVI.

Egeberg, C. A. — Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Struma, Exophthalmus und Herzkrankheit. Norsk Magazin. Andere Raekke 1851. Résumé : Schmidt's Jahrbücher der in und aus landischen gesammten Medicin 1851 t. 69.

Erb. — Ueber Myxœdema, Berliner klinische Wochenschrift, 17 Janvier 1887.

Eulenburg. — Basedow'sche Krankheit und Schilddrüse. Deutsche medicinische Wochenschrift Octobre 1894.

Grienfied. — British medical journal 1883.

Gowan, Campbell. — Myxœdema and his relations to Graves' disease. Lancet février 1895.

Hadden. — Clinical society of London. Séance du 13 fév. 1885. British medical journal 1885 t. I.

Hartmann, H. — Observations de myxœdème. France médicale 1884 t. I.

Helfft. — Zur Pathologie der eigenthümlichen mit Affection des Herzens, Struma und Exophthalmus verbundenen Krankheit, Casper's Wochenschrift 1849 n° 29.

Hirschberg. — Ueber die Basedow'sche Krankheit. Wiener Klinik 1894 p. 15.

V. Jaksch. — Gesellschaft deutscher Aerzte in Prag, séance du 2 Décembre 1892. — Prager medicinische Wochenschrift 1892 n° 49.

Jeanselme. — Coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodémie. Association française pour l'avancement des sciences, Caen, séance du 10 août 1894. — Semaine médicale 1894 n° 45.

Johnston. — Clinical remarks ou exophtalmie goître.
Lancet 1893 t. II n° 19.

Kahler. — Myxœdema und Sklerodermie. Prager medicinische Wochenschrift 1888 n^{os} 30, 32.

Kowaleski. — Myxœdème ou cachexie pachydermique.
Archives de neurologie 1889 t. XVIII n° 54.

Marie Pierre. — Sur la nature de la maladie de Basedow.
Bulletin de la société médicale des hôpitaux 1894 t. XI.

Maude. — Some rare clinical points in Graves' disease.
St-Barth. hospital reports 1894 t. XXIX. Résumé in : Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin 1894 t. XXIX. Berlin 1895.

Maude. — Société médicale de Londres, séance du 16 Oct. 1893. Rés. British medical journal Octobre 1893.

Millard, Pierre. — Des œdèmes dans la maladie de Basedow. Thèse de doctorat Paris, Décembre 1888.

Mobius, P.-J. — Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten medicin, 1886, n° 210.

Mobius, P.-J. — Ueber das Wesen der Basedow'schen Krankheit. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1887, n° VIII.

Müller. — Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit. Deutsches Archiv. für klinische Medicin, 1893.

Oppenheimer. — Myxœdema and exophtalmic goitre in sisters. Johns Hopkins hospital bulletin. Baltimore, février 1895.

Ord. — Report of the myxœdema comittee. Transactions of the clinical society of London, 1888, t. XX, sup.

Ord. — Société médicale de Londres, séance du 16 oct. 93. — Bristish medical journal, octobre 1893.

Osler. — An acute myxœdematous conditions occuring

in goître. Johns Hopkins hospital bulletin, avril 1892. Baltimore.

Putnam, James. — Transactions of the association of American physicians, 1893, t. VIII.

Singer, G. — Zur Pathologie der Sklerodermie. Berliner klinische Wochenschrift, mars 1895.

Smith, Hugh. — Enlarged thyroid, disappearance of gland followed by Myxœdema. British medical journal, janvier 1896.

Sollier. — Maladie de Basedow avec myxœdème. Revue de médecine, 1891.

Virchow, R. — Ueber Myxœdema. Berliner klinische Wochenschrift, février 1887.

Vogt. — Tilfælde af Morbus Basedowii hos en 30 arig Jomfru. Norsk Magazin for Lægevidenskab, rés. in. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medicin, 1876, t. II.

Williams, H. — Graves'disease and Myxœdema. Nottingham medico-chirurgical society, séance du 5 avril 93. rés. British medical journal, 1893.

